

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Editorial

Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas

Aguayo Maldonado J¹, Romero Escós D², Hernández Aguilar MT³

¹Jefe de Sección de Neonatología. Vocal Comité de Lactancia Materna de la AEP. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. (España).

²Adjunto de Pediatría. Neonatóloga. Vocal Comité de Lactancia Materna de la AEP. Hospital General. Segovia. (España).

³Pediatra Atención Primaria. Departamento 10. Coordinadora del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Comunidad Valenciana. (España).

Correspondencia: Josefa Aguayo Maldonado, pepaaguayo@gmail.com

Palabras clave en inglés: *delivery, obstetrics; parturition; breastfeeding; cesarean section.*

Palabras clave en español: *parto obstétrico; parto; lactancia materna; cesárea.*

Fecha de publicación en Internet: 1 de marzo de 2011

Evid Pediatr. 2011;7:2.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Aguayo Maldonado J, Romero Escós D, Hernández Aguilar MT; Comité de Lactancia Materna de la AEP. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. Evid Pediatr. 2011;7:2.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2011;7:2>

©2005-11 • ISSN: 1885-7388

Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas

Aguayo Maldonado J¹, Romero Escós D², Hernández Aguilar MT³

¹Jefe de Sección de Neonatología. Vocal Comité de Lactancia Materna de la AEP. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. (España).

²Adjunto de Pediatría. Neonatóloga. Vocal Comité de Lactancia Materna de la AEP. Hospital General. Segovia. (España).

³Pediatra Atención Primaria. Departamento 10. Coordinadora del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Comunidad Valenciana. (España).

Correspondencia: Josefa Aguayo Maldonado, pepaguayo@gmail.com

INFLUENCE OF THE CHILDBIRTH CARE ON BREASTFEEDING, WITH SPECIAL ATTENTION TO THE CAESAREAN DELIVERY

Profundamente convencidas de la importancia de la lactancia materna para el bienestar y la salud psicofísica materno-infantil, nos congratula que en este número de *Evidencias en Pediatría* se realice una evaluación crítica¹ del artículo recientemente publicado por Zanardo et al.² sobre la influencia del nacimiento por cesárea en la instauración y duración de la lactancia materna.

En el reciente informe del Sistema Nacional de Salud de 2010, editado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)³, las tasas de cesáreas de los años 2005, 2006 y 2007 son superiores al 25% (25,4, 26 y 25,2%, respectivamente) lo que supone que, en España, una de cada cuatro mujeres finaliza su embarazo por cesárea. Son cifras similares a los de otros países de nuestro entorno pero, en cualquier caso, superiores al 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algunos autores hablan de una auténtica epidemia de cesáreas en los países desarrollados, que, como se señala en el documento de Estándares y Recomendaciones sobre la Maternidad Hospitalaria⁴, se debe en muchos casos a una medicina defensiva o la programación de los partos. Y todo ello a pesar de que las cesáreas son intervenciones de cirugía mayor con una morbimortalidad materno-infantil muy superior a la de un parto normal.

En el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, tras una exhaustiva revisión de la evidencia y del trabajo de consenso de expertos, instituciones, sociedades científicas y asociaciones ciudadanas publica la "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud"⁵ (EAPN). Con ella, se pretende impulsar un profundo cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica, atento a las necesidades de la parturienta y del ser humano recién nacido (RN), respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible y de la personalización de la atención, así como del principio de autonomía de las mujeres.

El medio en el que un bebé vive antes, durante e inmediatamente después del nacimiento puede afectar a la lactancia a través de diversos mecanismos. Los reflejos neonatales y de succión pueden verse afectados por la medicación que la madre reciba

durante el parto, la instrumentación puede afectar la mecánica del amamantamiento, y la separación, la suplementación y las prácticas agresivas (succión, lavado, administración de medicación) pueden influir sobre el establecimiento de la lactancia. Por todo ello, la creciente medicalización de la atención al parto y al nacimiento interfieren negativamente sobre el establecimiento de los comportamientos de amamantamiento temprano, y esto ocurre especialmente con la cesárea. El contacto físico madre-bebé y el amamantamiento frecuente son reemplazados en la mayoría de estos nacimientos por contacto mínimo, separación temprana, suplementación evitable, medicación, dolor y desinformación. Todo ello lleva con demasiada frecuencia a la alteración o retraso del establecimiento del vínculo maternofamiliar, a la alimentación con sucedáneos y, en muchos casos, al fracaso o al no inicio de la lactancia materna.

Llama la atención que en el estudio de Zanardo et al.² parece que todos los RN fueron inicialmente separados de sus madres: "Tras el parto, el RN fue traído al 'nido', mientras la madre fue transferida a la Unidad Postparto, donde recibió información e instrucción práctica sobre cómo amamantar, el propósito del rooming-in y las ventajas del amamantamiento". Es muy probable que por ello la media de inicio de amamantamiento fuera de tres horas en los partos vaginales. A pesar de los defectos metodológicos del estudio, acertadamente destacados por Cuestas¹, el estudio de Zanardo et al.² demuestra que el parto por cesárea, sea electiva o urgente, dificulta el amamantamiento al retrasar el inicio del mismo de forma significativa y dificultar la primera toma en el postparto inmediato (71,5 vs. 3,5%; $p < 0,001$) y esto influye en la duración posterior de la lactancia.

Diversos estudios demuestran que el RN humano está preparado, como el resto de los mamíferos, para encontrar el pecho en los primeros minutos tras el nacimiento. Y todo el proceso de parto, con la descarga hormonal en madre e hijo, les prepara para este encuentro. Pero cuando el parto sucede por cesárea, con demasiada frecuencia, a las dificultades derivadas de la propia intervención quirúrgica, la mayoría de las mujeres deben sumar dificultades derivadas de la aplicación de rutinas inadecuadas en la Maternidad antes, durante y tras el parto,

que a menudo motivan que la lactancia termine antes de lo que la madre deseaba. Ya hace años, Pérez Escamilla⁶, en México, identificó la cesárea como un factor de riesgo para el no inicio de la lactancia materna y para amamantamientos cortos (menos de un mes). Este autor sugería que la separación prolongada entre madre e hijo, y la falta de asesoramiento y apoyo competentes podrían explicar esta observación. Además, apreciaba que durante los primeros días del puerperio estas madres tienen dificultades para el inicio y el mantenimiento de la lactancia, con volúmenes de leche insuficientes, así como retraso en la subida de la leche. Todo ello, sumado a la ausencia de consejo por parte del personal de salud, determina, con demasiada frecuencia, que se oferten suplementos de sucedáneos de leche materna, como también sucede en el estudio de Zanardo et al.², en el que los grupos de RN por cesárea recibieron en mayor proporción lactancia mixta o fórmula y en los que se observó un riesgo significativamente mayor de no ser amamantados a los siete días, y a los tres y a los seis meses postparto. El retraso en la subida de la leche observado por diversos autores tras una cesárea, se ve agravado, generalmente, por la separación al nacimiento sin permitir el contacto piel con piel ininterrumpido, el retraso en la primera toma y, a menudo, la suplementación con suero glucosado o sucedáneos, cuando no prácticas agresivas de reanimación neonatal, que interfieren en la puesta en marcha de la conducta instintiva de amamantamiento con la que nace todo RN sano fruto de un parto normal sin interferencias. Tras un parto no medicalizado, el RN nace alerta y su comportamiento instintivo se desencadena una vez puesto en contacto piel con piel con su madre. El *imprinting* con la madre y con el pecho materno que se produce durante este contacto ininterrumpido en las primeras horas tras el nacimiento no debe resultar interferido si no es estrictamente necesario para preservar la salud materna o neonatal. Estudios recientes^{7,8} demuestran que este simple hecho disminuye el tiempo de llanto, mejora la interacción maternoinfantil, mejora la incidencia y duración de la lactancia materna y disminuye la morbilidad infantil.

Después de una cesárea, las madres necesitan un apoyo especial e individualizado y un seguimiento estrecho en el inicio de la lactancia. Solo encontrar una buena postura para amamantar tras la cesárea, puede parecer una barrera insalvable. Sin embargo, recientes estudios de Colson⁹ describen como la mejor postura para favorecer el amamantamiento del RN, la llamada de "amamantamiento biológico" (*biological nurturing*), cómoda para la madre tras el parto vaginal y también tras la cesárea (semireclinada boca arriba) y que, además de favorecer el desarrollo de la conducta instintiva de amamantamiento, permite mejorar el descanso materno y el enganche del RN.

Nos parece interesante resaltar que, en el estudio de Zanardo et al.², las cesáreas electivas fueron realizadas a una edad gestacional significativamente inferior en comparación con los partos vaginales y las cesáreas urgentes. Sin embargo, la evidencia demuestra una mayor morbilidad neonatal en los neonatos que nacen entre las semanas 37 y 38, quienes presentan un aumento significativo de riesgo de problemas respiratorios así como mayores problemas para el establecimiento de la lac-

tancia materna, y un aumento de riesgo de fracaso de la misma así como de deshidrataciones e ictericias graves, en comparación con el grupo de RN de edad gestacional en el rango de las 38-40 semanas. Este hecho debe ser recordado por el obstetra y conocido por la mujer que va a ser sometida a cesárea electiva. No existe justificación científica alguna para realizar una cesárea electiva, salvo en casos de riesgo para el RN, antes de las 38 semanas de edad gestacional¹⁰.

Aunque las circunstancias y el medio en el que tiene lugar un nacimiento pueden variar considerablemente, el proceso del amamantamiento y las necesidades del RN permanecen constantes. Incluso después de haber dejado de latir el cordón umbilical, madre y RN mantienen un vínculo fisiológico que les une. La descarga hormonal mutua cuando se tocan, la exploración de sus caras y la necesidad de estar el uno con el otro deben ser preservadas con el máximo respeto en el entorno del nacimiento. Minimizar las intervenciones durante el nacimiento y asegurar una atención que promueva el mejor establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo facilitando y animando al contacto íntimo entre ambos, promoviendo el amamantamiento temprano y frecuente y ofreciendo apoyo adecuado y consistente, marcarán el camino hacia una lactancia y una crianza felices en las mejores condiciones.

Las tasas de cesáreas deben disminuir, adecuándose las prácticas recomendadas por las autoridades nacionales e internacionales, pero, además, las prácticas de atención deben apoyar el establecimiento del contacto piel con piel y el amamantamiento precoz, también en las madres con parto por cesárea, siempre que su estado lo permita. Los profesionales responsables de prestar esta atención pueden encontrar en los documentos antes mencionados, en la IHAN¹¹, en el Comité de Lactancia Materna de la AEP¹² y endiferentes guías de práctica clínica¹³ ayuda práctica para promover y apoyar la lactancia materna en aquellas mujeres sometidas a una intervención de cesárea, donde el refuerzo debe de ser aún mayor. Las mujeres que paren por cesárea y han decidido amamantar han de ser respetadas y reforzadas con mayor apoyo profesional ya que si, como se concluye de este estudio, el inicio de la lactancia se retrasa en los bebés nacidos por cesáreas, debemos ser capaces de minimizar las circunstancias adversas y ofrecer el máximo apoyo con nuestras mejores habilidades de comunicación y consejería en estas mujeres más necesitadas.

Como se reconoce en los documentos de Innocenti de 2009, las prácticas amigables de la madre para la atención del parto y el nacimiento son importantes, de propio derecho, para el bienestar físico y psicológico de las mismas madres, y se ha demostrado que mejoran el comienzo de la vida de sus hijos, incluyendo la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuestas Montañés E, Aparicio Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. Evid Pediatr. 2011;7:15.

2. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P et al. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010;37:275-9.
3. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria [en línea][fecha de consulta: 12-II-2011]. Disponible en: http://www.msp.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Anexo_01.pdf
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Serie Informes, Estudios e Investigación 2009.[en línea][fecha de consulta: 12-II-2011]. Disponible en: <http://www.msp.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
5. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. MSC 2008. [en línea][fecha de consulta: 12-II-2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
6. Pérez-Escamilla R, Maulen-Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health*. 1996;86:832-6.
7. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2
8. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amengo-Efego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood OR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:e380-6.
9. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2008;84:441-9.
10. De Luca R, Boulvain M, Irion O, Berner M, Pfister RE. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics*. 2009; 123:e1064-71.
11. IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) [en línea][fecha de consulta: 12-II-2011]. Disponible en: <http://www.ihan.es>
12. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
13. Hernández Aguilar MT. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año de vida. *Pediatría Atención Primaria Área 09-H*. Dr. Peset. Valencia. 2004. [en línea][fecha de consulta: 12-II-2011]. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/guia_ap.pdf